

Инфекционные болезни, иммунология и иммунотерапия



УДК 616.831.9 - 002 + 616.832.9 - 002 - 036.22(571.620)

Т.Е. Макарова¹, Т.Н. Каравянская², И.А. Дудкина², Е.М. Голубева², Л.А. Сучкова²

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

*Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения²,
680009, ул. Краснодарская, 9, тел.: 8(4212) 72-87-15, e-mail: rec@ipkszh.khv.ru;
Управление Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, ул. Краснодарская, 12, г. Хабаровск*

Менингококковая инфекция (МИ) относится к группе жизнеугрожаемых заболеваний для человека. Эпидемиология МИ сохраняет свои прежние черты: остаются периодические подъемы заболеваемости, летальность и инвалидность болезни даже в эпоху антибиотиков не снижается и составляет от 4 до 10%. В Российской Федерации эпидемиологический надзор за МИ введен в 1975 г. До 1975 г. на территории РФ сведения по МИ касались лишь периодически возникающих вспышек МИ либо регистрации отдельных клинических форм. Заболеваемость МИ в Хабаровском крае на протяжении многих лет превышает российские показатели. В возрастной структуре больных преобладают дети раннего возраста. Летальность от МИ остается высокой и составляет в отдельные годы 5-8%.

Цель исследования — изучение эпидемиологии менингококковой инфекции в Хабаровском крае.

Материалы и методы

На основании многолетних отчетов, представленных Управлением Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, была проанализирована эпидемиология менингококковой инфекции в Хабаровском крае за 20-летний период наблюдения.

Результаты и обсуждение

Хабаровский край (ХК) является одним из крупных регионов Российской Федерации. Площадь Хабаровского края — 788,6 тыс. км², что составляет 4,5% территории России. Территория края простирается с севера на юг почти на 1800 км, с запада на восток — на 750 км. Население края составляет около 1600 тыс. чел. Территория Хабаровского края представлена 17 муниципальными районами, которые объединены в три зоны (рис. 1). В состав

Резюме

В статье проанализирована эпидемиология менингококковой инфекции (МИ) в Хабаровском крае за последние 20 лет. Выявлена неравномерность заболеваемости менингококковой инфекцией в различных территориях Хабаровского края. Чаще всего МИ регистрировалась в Центральной и Южной зонах и реже — в Северной зоне. Уровень заболеваемости МИ превышает общероссийские показатели в 2-2,5 раза.

Ключевые слова: менингококковая инфекция, дети, Хабаровский край, эпидемиология, заболеваемость.

T.E. Makarova, T.N. Karavyanskaya, I.A. Dudkina,
L.A. Golubeva, M.A. Suchkova

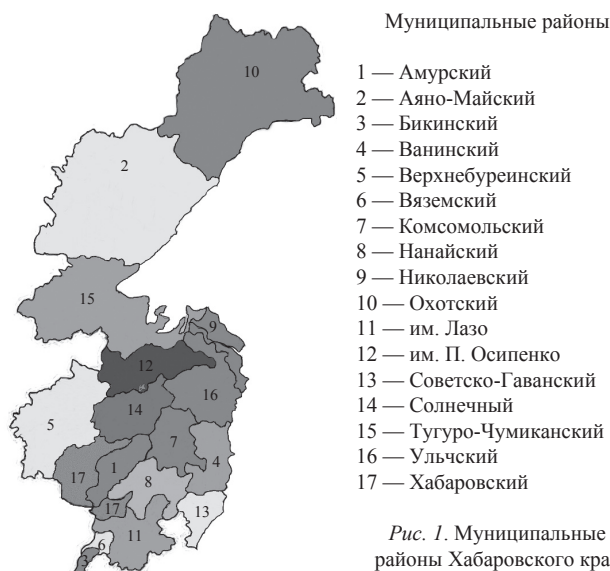
EPIDEMIOLOGY OF MENINGOCOCCAL INFECTION IN THE Khabarovsk TERRITORY

*Postgraduate Institute for Public Health Providers,
Khabarovsk city Federal Service for Supervision
of Consumer Rights Protection and Human Welfare
in the Khabarovsk territory, Khabarovsk city*

Summary

Epidemiology of meningococcal in the Khabarovsk territory for the last 20 years is analyzed. Diversity in morbidity of meningococcal infection within different parts of the Khabarovsk territory has been revealed. Meningococcal infection was widespread in central and southern zones and less frequently in northern zone. The level of morbidity of meningococcal infection exceeds All-Russia data in 2-2,5 times.

Key words: meningococcal infection, children, epidemiology, morbidity, Khabarovsk region.



Южной зоны входят г. Хабаровск, Хабаровский район, Вяземский район, район им. Лазо, Бикинский район. К Центральной зоне относятся г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский район, Амурский район, Нанайский, Верхнебуреинский, Ванинский и Солнечный районы. К третьей, Северной зоне, относятся Николаевский, Ульчский районы, район им. П. Осипенко, Охотский, Тугуро-Чумиканский и Аяно-Майский районы. Большая протяженность Хабаровского края с севера на юг, разнообразие природных условий в различных его районах являются основанием для проведения углубленного изучения эпидемиологического процесса МИ на территории Хабаровского края (рис.1). Динамика заболеваемости МИ, представленная на рис. 2, свидетельствует об отсутствии четко выраженной периодичности. Показатели заболеваемости варьируют в широких пределах — от 0,4 (1960 г.) до 26,3 (1981 г.) на 100 тыс. населения.

Постепенный подъем заболеваемости МИ начался с 1970 г., который продолжался до 1981 г. Затем выявлен постепенный спад заболеваемости МИ. В 2010 г. уровень заболеваемости почти приблизился к уровню 1970 г. и составил 1,4 на 100 тыс. населения. Сравнительный многолетний анализ (рис. 3) свидетельствует о том, что заболеваемость менингококковой инфекцией превышает общероссийские показатели практически за весь период наблюдения, так, например, в 2000 г. — в 3 раза, в 2010 г. — в 1,4 раза.



Рис. 2. Многолетняя заболеваемость менингококковой инфекцией в Хабаровском крае

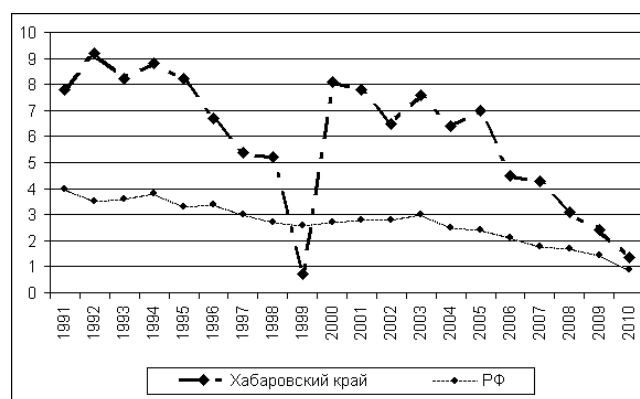
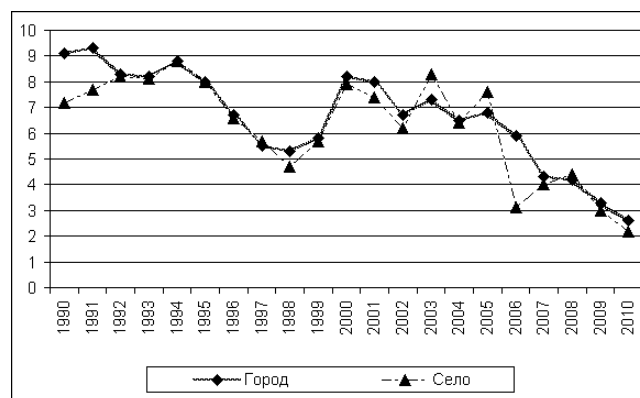


Рис. 3. Заболеваемость менингококковой инфекцией в Хабаровском крае и Российской Федерации с 1991 по 2010 г. (на 100 тыс. населения)

Менингококковая инфекция регистрировалась в трех зонах — Южной, Центральной и Северной. Однако прослеживается отчетливая закономерность наличия более высокой заболеваемости в Южной зоне ХК, которая в отдельные годы достигала 9,5 (1990 г.); 9,6 (2000 г.); 9,4 (2005 г.); 2,6 (2010 г.) на 100 тыс. населения. В Северной зоне в отдельные годы МИ вообще не регистрировалась (1990, 1999, 2007, 2008 гг.). На территории Северной зоны в самых северных районах, таких как Тугуро-Чумиканский, Аяно-Майский, Охотский, МИ не регистрировалась с 1999 г. Такие города, как Хабаровск, Комсомольск-на-Амуре, являлись лидирующими по числу заболевших МИ.

Анализируя сезонность менингококковой инфекции, можно сделать вывод, что менингококковая инфекция выявлялась в течение всего года, но чаще всего в зимне-весенний период времени. Исключение составляют отдельные годы (1998 г. — 21,2%, 2002 г. — 22,7%, 2004 г. — 23,1%, 2008 г. — 27,2%). Довольно часто МИ регистрируется в летние месяцы года (1990 г. — 21,9%, 1995 г. — 25,6%, 1998 г. — 33,8%, 2005 г. — 23,3%). Все это затрудняет диагностику МИ с энтеровирусной инфекцией, которая чаще выявляется летом.

Анализируя соотношение заболевших МИ, проживающих в городе и в селе (рис. 5), можно сделать вывод, что жители городов ХК чаще болели МИ — 9,1 на 100 тыс. населения (1990 г.), 8,2 (2000 г.). Определенный интерес представляют данные о возрастной структуре заболевших МИ (рис. 6). Согласно данным, представленным



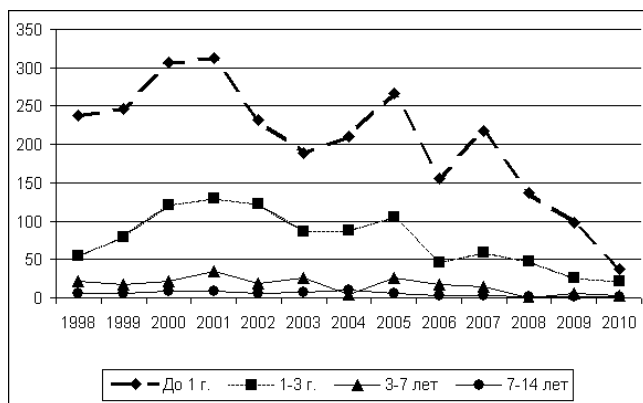


Рис. 5. Возрастная структура больных менингококковой инфекцией в Хабаровском крае

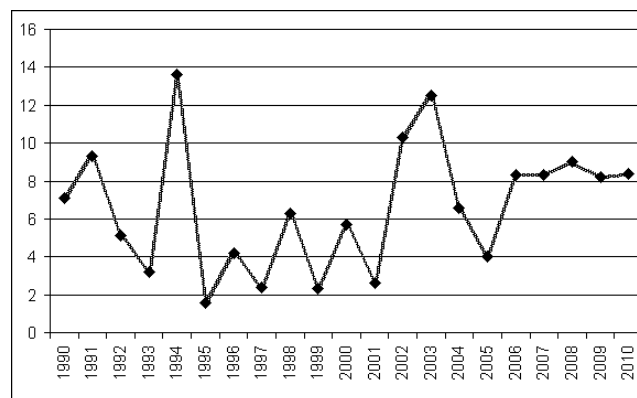


Рис. 7. Летальность от менингококковой инфекции в Хабаровском крае

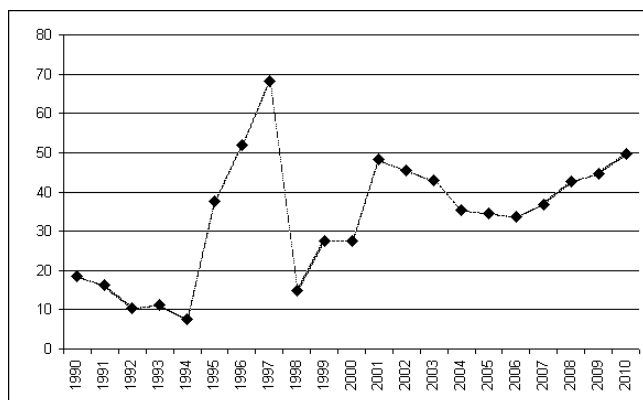


Рис. 6. Бактериологическая подтверждаемость менингококковой инфекции в Хабаровском крае

на рисунке, МИ чаще болели дети. Удельный вес взрослого населения в общей структуре заболевших составлял от 1,3 в 1990 г. до 0,1 в 2010 г. Как свидетельствуют материалы, представленные на рис. 7, в Хабаровском крае в эпидемический процесс вовлечены дети всех возрастных групп. Однако дети первого года жизни чаще вовлекались в эпидемический процесс по сравнению с показателями, выявленными во всех остальных группах больных ($p < 0,001$). В отдельные годы показатель заболеваемости составлял 312,1; 307,1; 266,7 и 217,2 на 100 тыс. детского населения. Дети школьного возраста болели МИ относительно редко — 5,7 (1998 г.), 1,0 (2010 г.) на 100 тыс. населения. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что за 20-летний период наблюдений менингококковой инфекцией чаще болели мальчики. Анализ соотношения генерализованных и локализованных форм показал, что на протяжении 20-летнего периода наблюдения генерализованные формы МИ составляли не менее 90% от общего числа заболевших — 90% (1990 г.), 93% (1995 г.), 90% (2000 г.), 96% (2005 г.), 94% (2010 г.). За этот период наблюдения заболеваемость носила спорадический характер. Вспышечного характера заболеваемости не выявлено.

Бактериологическая подтверждаемость менингококковой инфекции в последние годы увеличилась (в 2010 г. в 3,3 раза по сравнению с 1998 г.). Однако на протяжении многих лет бактериологическая расшифровка не превышала 50%. Динамическое наблюдение за серотиповой характеристикой менингококков, выделенных от

больных, показало снижение количества менингококков серогруппы А и увеличение значимости менингококков серогруппы В и С (60-70%). В ходе проведенного анализа выяснено, что наряду с менингококками В и С до 10-15% от числа всех выделенных возбудителей занимают менингококки, не типизируемые по антигенной принадлежности.

Несмотря на внедрение высокотехнологичных методов терапии МИ, летальность от МИ до настоящего времени остается высокой.

Летальность от МИ не имеет тенденции к снижению и составляет 4,0 (2005 г.); 8,3 (2007 г.); 9,0 (2008 г.). При этом необходимо отметить, что летальность в сельской местности превышает городскую в среднем в 1,8 раза. Основной причиной летальных исходов является инфекционно-токсический шок.

Таким образом, заболеваемость менингококковой инфекцией в Хабаровском крае, несмотря на снижение общей заболеваемости, превышает общероссийские показатели. Чаще всего менингококковая инфекция регистрируется в Южной и Центральных зонах Хабаровского края и реже — в Северной зоне. В возрастной структуре заболевших преобладают дети раннего возраста, составляя в отдельные годы до 70-80%. Для менингококковой инфекции присуща зимне-весенняя сезонность, хотя в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости в летнее время года. В структуре заболевания преобладают генерализованные формы. Бактериологическая подтверждаемость МИ не превышает 50% на протяжении многих лет. Летальность при менингококковой инфекции по-прежнему высокая и составляет в отдельные годы 8-10%. Причиной летальных исходов является инфекционно-токсический шок.

Л и т е р а т у р а

1. Ермолаева В.Д., Яковлева Н.Г., Кузьмина Н.Г. // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: мат-лы II Конгресса педиатров-инфекционистов России (Москва, 8-10 дек. 2003 г.). - СПб., 2008. - С. 59.
2. Королева И.С., Белошицкий Г.В., Чистякова Г.Г. Этиологическая структура гнойных бактериальных менингитов // Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей: мат-лы II Конгресса педиатров-инфекционистов России (Москва, 8-10 дек. 2003 г.). - СПб., 2003. - С. 92.

3. Скрипченко Н.В. и др. Бактериальные гнойные менингиты у детей. - М., 2005. - 396 с.

Координаты для связи с авторами: Макарова Татьяна Евгеньевна — зав. кафедрой туберкулеза и инфекционных заболеваний Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, тел.: 8(4212) 72-87-15, 8-914-542-57-85; Караванская Татьяна Николаевна — нач. отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, тел.: 8(4212)

27-47-70; Дудкина Ирина Афанасьевна — гл. специалист отдела эпиднадзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, тел.: 8(4212) 27-47-67; Голубева Елена Михайловна — гл. специалист отдела эпиднадзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, тел.: 8(4212) 27-09-44; Сучкова Людмила Антоновна — специалист 1-го разряда отдела эпиднадзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, тел.: 8(4212) 27-09-44.



УДК 616.972 : 618.2] - 036.2

Т.В. Болдина, Т.Б. Решетникова

СОЦИАЛЬНЫЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ

*Новосибирский государственный медицинский университет,
630091, ул. Красный проспект, 52, г. Новосибирск*

Современную эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости сифилисом в Российской Федерации можно охарактеризовать как стабилизацию достаточно высоких показателей со стойкой тенденцией к их снижению. Самый высокий уровень заболеваемости сифилисом был зарегистрирован в 1997 г. и составил 277,3 случая на 100 тыс. населения. За десять лет он неуклонно снижался и в 2007 г. достиг 63,1 случая на 100 тыс. населения [2, 3, 7, 10, 11].

Однако, несмотря на положительную динамику общего уровня заболеваемости сифилисом, на достаточно высоком уровне остается заболеваемость сифилисом среди беременных, преобладают его скрытые формы, продолжают регистрироваться случаи врожденного сифилиса, что диктует необходимость более раннего выявления заболевания у данной категории граждан с последующим адекватным лечением для того, чтобы снизить риск развития врожденного сифилиса [1, 3, 5-7, 9, 11].

В публикациях последних лет отмечается, что сифилисом к основному болеют беременные женщины с неадаптированным социальным поведением, преимущественно молодого детородного возраста, не состоящие в браке и ведущие беспорядочную половую жизнь на фоне злоупотребления алкоголем, наркотиками, низкого уровня образованности, что приводит к поздней обращаемости данной категории пациенток в консультации или ее отсутствию [3, 7-9, 11-14].

Целью нашей работы было изучение социальных и клиничко-эпидемиологических характеристик сифилиса у беременных женщин в г. Новосибирске и Новосибирской области в 2005-2009 гг.

Материалы и методы

Для оценки эпидемиологических данных, структуры заболеваемости сифилисом среди беременных женщин, а

Резюме

Представлены данные анализа эпидемиологической ситуации по заболеваемости сифилисом у беременных в Новосибирской области (1058 историй болезней пациенток с сифилисом в возрасте 16-44 лет). Приведены анамнестические и социально-личностные характеристики пациенток с сифилитической инфекцией. Полученные данные свидетельствуют о необходимости профилактической работы, предусматривающей просвещение беременных женщин по вопросам сексуального поведения, инфекций, передаваемых половым путем.

Ключевые слова: сифилис, частота заболеваний, беременная женщина, врожденный сифилис.

T.B. Boldina, T.B. Reshetnikova

SOCIAL, CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SYPHILIS IN PREGNANT FEMALES

Novosibirsk State medical university, Novosibirsk

Summary

The paper demonstrates data on epidemiological situation associated with the incidence of syphilis in pregnant females in the Novosibirsk Region. The paper presents the results of 1058 case history analysis of patients who have syphilis at the age of 16-44 years. It gives the history, social and personality characteristics of pregnant women with syphilitic infection. The findings suggest that it is necessary to implement prophylactic supervision and education programs for pregnant females concerning sexual behavior, sexually transmitted infections.

Key words: syphilis, incidence, pregnant females, congenital syphilis.